



Consentimiento informado para:

TEST DE AIRE ESPIRADO (TAE)

P

Yo (Nombre y Apellido) _____,
DNI: _____ declaro en forma libre y voluntaria que he sido
ampliamente informado por el Dr./a.: _____
sobre el Test de Hidrógeno y Metano en Aire Espirado (TAE).

El cual consiste en la medición de hidrógeno en el aire que respiramos tras la administración de un azúcar (Lactulosa, Fructosa, Glucosa, Sacarosa o Sorbitol y Lactosa) que nos sirve como sustrato, según la indicación para aplicar el test. Se me ha entregado información escrita (folleto) que explica la naturaleza, propósito, beneficios y riesgos en términos que he comprendido adecuadamente.

Es un estudio no invasivo basado en la capacidad que tienen las bacterias del intestino en producir hidrógeno (H₂) y/o metano (CH₄) al actuar sobre un sustrato fermentable. Éste se absorbe a través de la pared intestinal y un 20% se elimina en el aire espirado, a través de la cual se puede cuantificar. Las unidades se expresan en ppm o cantidad de H₂ o CH₄ en partes por millón. Por ser de simple ejecución y poco desagradable para el paciente, se lo indica como el método de primera elección en el diagnóstico de enfermedades “funcionales” del intestino.

Posteriormente, a la ingesta del sustrato indicado, se realiza un enjuague bucal con Plac-Out. Luego cada 30 minutos el paciente soplará en una boquilla hasta completar las tres (3) horas o dos (2) horas y medias, según estudio que se realice. Durante el mismo, el paciente debe anotar (en un formulario provisto con anterioridad) los horarios y síntomas que presenta durante la realización del mismo.

Así mismo dejo constancia que fui informado sobre la preparación previa al estudio: **A saber 8 horas de ayuno** (líquidos y sólidos) y suspender el uso de laxantes, anti-diarreicos o cualquier medicamento que actúe sobre las funciones gastrointestinales 48 horas antes del estudio. Además: el día previo no ingerir frutas, verduras, gaseosas, agua con gas, legumbres, alcohol ni lácteos. No haber tomado antibióticos en los últimos 30 días antes del estudio. No fumar ni realizar actividad física 30 minutos antes del estudio. No usar, el día del estudio, adhesivos para fijar prótesis dentales removibles. No masticar chicles. El incumplimiento de algunos de estos ítems, puede alterar los resultados del estudio.

Se me ha explicitado que estos estudios deben ser interpretados dentro del contexto clínico de cada paciente, teniendo en cuenta las limitaciones del método y las posibles fallas en la preparación previa al estudio, que pudieran llegar a afectar la acción metabólica de la flora intestinal.

También se me ha informado de las posibles complicaciones durante la realización del procedimiento: tales como distensión abdominal, dolor abdominal, flatulencias, eructos y cambios de ritmo evacuatorio, a veces de comienzo súbito y poco duradero. Se me ha informado también sobre las contraindicaciones absolutas: Intolerancia hereditaria a la fructosa y casos de hipoglucemias postprandiales no aclaradas. Como contraindicaciones relativas: haber ingerido antibióticos en las últimas 4 semanas o ser portador, actualmente, de una ileostomía o haber realizado, en las últimas 4 semanas: colonoscopia, colon de enema, lavaje colónico.

vs. 30.05.2025



Consentimiento informado para:

TEST DE AIRE ESPIRADO (TAE)

P

Manifiesto no presentar ninguna de las condiciones informadas en el párrafo anterior.

Por lo tanto autorizo al Dr./a. y/o asistente _____ a
que me realicen los procedimientos descritos.

El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga suspender la práctica no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado.

Consiento que se permita obtener la información vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunidad, siempre y cuando no se revele mi identidad, de acuerdo a la ley No 25326 de Protección de Datos.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará y entendiendo completamente las explicaciones que me fueron dadas, dejando constancia que pude hacer preguntas y que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s señalados precedentemente.

Al momento que suscribo el presente, dejo constancia que puedo solicitar una copia de este consentimiento como así también de la información por escrito del procedimiento al que voluntariamente me someto.

Asimismo, doy mi conformidad para el envío de informes y recepción de resultados por e-mail a la casilla _____@_____.

Dicha casilla de correo es personal y administrada por mí exclusivamente. Acepto el eventual envío de los informes al médico solicitante.

Dr./Dra: _____.

Buenos Aires, _____ de _____ de 20 _____.

FIRMA y aclaración del
MÉDICO RESPONSABLE
SELLO

FIRMA y aclaración del
PACIENTE DNI N°

(*) FIRMA y aclaración del
RESPONSABLE DNI N°
GRADO DE PARENTESCO

(*)En caso en que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento será firmado por el paciente más cercano o allegado que se ocupe de su asistencia. Si el/la paciente tiene entre 16 y 18 años y lo deciden ellos mismos sugerimos que uno de los padres firme también.

vs. 30.05.2025